

Đơn Xin Bảo Hiểm Y Tế cho Trẻ Em

Application For Children's Health Program

Xin trả lời tất cả các câu hỏi và gửi cho chúng tôi những chứng từ về lợi tức. Gửi đơn đã điền đầy đủ và các giấy tờ đến: PO Box 45531, Olympia, WA 98599-5531 hoặc Fax đến số 1-866-720-2892.

Đánh dấu vào đây nếu quý vị muốn biết về chương trình trợ cấp tiền mặt hoặc trợ cấp thực phẩm.

1. Tên	Tên Lót Viết Tắt	Họ					
2. Địa Chỉ Cư Ngụ Của Quý Vị	Đường	Thành Phố Tiểu Bang Số Bưu Chính					
3. Địa Chỉ Gửi Thư (nếu khác)	Đường	Thành Phố Tiểu Bang Số Bưu Chính					
4. Số Điện Thoại	5. Quý vị có bị trở ngại về nói, đọc hoặc viết tiếng Anh không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Nếu có, quý vị nói tiếng gì?						
6. Trong gia đình tôi có người đang mang thai. Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Nếu có, là ai?		Ngày dự định sẽ sinh					
7. Trong gia đình tôi có người đang trong tình trạng khẩn cấp ngay bây giờ hoặc trong ba tháng vừa qua. Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Nếu có, là ai?							
TIN TỨC TỔNG QUÁT							
8. LIỆT KÊ TẤT CẢ NHỮNG NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH đang ở chung nhà với quý vị. Nếu quý vị không có Số An Sinh Xã Hội, hãy để trống. Nếu quý vị có giấy tờ chứng minh về tình trạng di trú, xin gửi kèm bản sao. Những chi tiết này sẽ KHÔNG tiết lộ cho Sở Di Trú và Nhập Tịch Hoa Kỳ (USCIS).							
							Xin điền vào nếu KHÔNG PHẢI là Công Dân Mỹ
Tên (Tên, Tên Lót, Họ)	Quan hệ với quý vị?	Ngày Sinh (Tháng- Ngày-Năm)	Số An Sinh Xã Hội	Phái Nam/Nữ	Công Dân Mỹ? Có Không	Quý vị có giấy tờ chứng minh tình trạng di trú không? Có Không	Ngày đến Mỹ
	CHÍNH TÔI				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9. Có trẻ em nào đang ở chung với quý vị đang có bảo hiểm sức khỏe không?					Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		
10. Có trẻ em nào đang ở chung với quý vị đang có những hóa đơn y tế chưa thanh toán trong 3 tháng vừa qua không?					Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		

TIỀN ĐI LÀM

Ghi vào số tiền CHƯA KHẤU TRỪ (trước khi trừ thuế và các khoản khác). Xin kèm theo chứng từ về lợi tức thí dụ như: cuống phiếu tiền lương, giấy xác nhận từ sở làm, bản báo cáo hàng tháng của ngân hàng cho thấy số tiền gửi vào hoặc giấy xác nhận từ một người khác biết rõ hoàn cảnh của quý vị.

11. a) Tên và số điện thoại của sở làm quý vị. _____ () _____ b) Số tiền quý vị nghĩ rằng sẽ nhận được trong tháng nộp đơn trước khi trừ thuế và các khoản khấu trừ: \$ _____ c) Quý vị có tự làm chủ không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> d) Tôi không có tiền đi làm. Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>	12. a) Tên và số điện thoại của sở làm vợ/chồng (hay của cha/mẹ đang ở chung nhà). _____ () _____ b) Số tiền họ nghĩ rằng sẽ nhận được trong tháng nộp đơn trước khi trừ thuế và các khoản khấu trừ: \$ _____ c) Họ có tự làm chủ không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> d) Họ không có tiền đi làm. Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>
---	--

TIỀN KHÔNG DO ĐI LÀM/CHI PHÍ

Lợi Tức Khác	Số Tiền Quý Vị Nghĩ Rằng Sẽ Nhận Được Trong Tháng Nộp Đơn	Ai Trong Gia Đình Là Người Nhận Số Tiền Đây?
13. Tiền thất nghiệp		
14. Cấp Dưỡng Con		
15. Lợi Tức Khác (xin giải thích)		
16. Quý vị có trả tiền cho ai chăm sóc (các) con quý vị hay người lớn phụ thuộc trong lúc quý vị đi làm không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		Nếu có, mỗi tháng bao nhiêu?
17. Quý vị có trả tiền cấp dưỡng con cho đứa con nào không ở chung nhà với quý vị không? Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>		Nếu có, mỗi tháng bao nhiêu?

CHI TIẾT TỰ NGUYỆN

Chúng tôi yêu cầu quý vị tự nguyện cho chúng tôi biết về chủng tộc hoặc dân tộc của quý vị. Những chi tiết này sẽ không dùng để cứu xét tình trạng hợp lệ hưởng quyền lợi của quý vị.

- Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska
 Da Đen hoặc Mỹ Gốc Phi
 Thổ Dân Hạ Uy Di hoặc Dân Đảo Thái Bình Dương Khác
 Chủng Tộc Khác _____
 Á Châu
 Y Pha Nho hoặc Mỹ La Tinh
 Da Trắng

ĐỌC THẬT KỸ TRƯỚC KHI KÝ TÊN

Đơn này là chỉ để xin trợ cấp y tế trong chương trình Bảo Hiểm Y Tế Cho Trẻ Em. Nếu có bất cứ ai trong gia đình quý vị đã có bảo hiểm, hoặc muốn xin trợ cấp tiền mặt, trợ cấp thực phẩm hoặc những trợ cấp khác, xin liên lạc với Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSO) DSHS tại địa phương quý vị.

- DSHS có thể yêu cầu quý vị cung cấp bằng chứng về những điều mà quý vị đã khai nếu quý vị được hưởng chương trình. Quý vị có thể yêu cầu DSHS giúp để lấy bằng chứng.
- Khi quý vị xin và được nhận trợ cấp y tế, là quý vị cho tiểu bang Washington tất cả các quyền hạn về cấp dưỡng y tế và tiền trả của thành phần thứ ba về bảo hiểm y tế.
- DSHS có thể tiết lộ hồ sơ chích ngừa của con em quý vị cho Hệ Thống Theo Dõi Chích Ngừa Trẻ Em.

LỜI KHAI VÀ KÝ TÊN

Tôi đã đọc và thông hiểu những chi tiết trong đơn này. Tôi xác nhận rằng, những chi tiết khai trong đơn này là đúng sự thật, chính xác, và đầy đủ theo sự hiểu biết nhất của tôi.

Chữ Ký của người Đứng Đơn	Ngày
Tên của người Giúp Làm Đơn hoặc người Đại Diện	Số Điện Thoại

Cấm kỳ thị trong tất cả mọi chương trình và sinh hoạt của Bộ Xã Hội và Y Tế. Không ai có thể bị loại ra khỏi các chương trình và sinh hoạt này vì lý do chủng tộc, màu da, tín ngưỡng, xu hướng chính trị, nguồn gốc quốc gia, tôn giáo, tuổi tác, phái tính, hoặc tật nguyền.